

Wet ulcers: understanding them better to able to prevent them

Teresa Segovia-Gómez	Enfermera y Supervisora. Unidad Interdisciplinar de Heridas. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.
Mariano Bermejo Martínez	Diplomado en Enfermería. Unidad Interdisciplinar de Heridas. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.
Josep M. García-Alamino	Diplomado en Enfermería. Clinical Affairs Managers. Iberia. Convatec. Barcelona.

Correspondencia:

Teresa Segovia-Gómez
Supervisora. Unidad Interdisciplinar de Heridas
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda
C/ Manuel de Falla, 1
28022 Majadahonda. Madrid.
E-mail: tsegovia@telefonica.net

RESUMEN

Las lesiones en el sacro son muy a menudo clasificadas y tratadas como úlceras por presión (UPP). Sin embargo, no todas las lesiones en la zona sacra o glútea son UPP. El contacto mantenido de la piel con la humedad procedente de las heces y/o la orina genera modificaciones en la estructura y función, alterándose la barrera cutánea y ocasionando su rotura. La diferenciación entre úlcera por presión y lesión cutánea asociada a la humedad es importante porque las medidas preventivas y de cuidados a aplicar son diferentes. El paciente que presenta incontinencia fecal tiene un riesgo 22 veces superior (*odds ratio* = 22) de presentar una úlcera respecto al paciente que no presenta incontinencia fecal. La escala EVE (escala visual del eritema) y la PAT (*Perineal Assessment Tool*) son las dos principales escalas para valorar el riesgo de este tipo de lesiones. En la práctica habitual se han venido utilizando de manera tradicional una serie de productos comercializados tales como pañales, compresas, cremas, ácidos grasos hiperoxigenados, apósitos, colectores fecales), limpiadores (toallitas limpiadoras) y de manera más reciente está disponible un dispositivo (Flexi-Seal®-Sistema de Control Fecal) para el manejo de la incontinencia fecal aguda con diarrea (IFAD) que permite de manera eficaz y coste-efectiva aislar la piel del contacto con las heces. Es necesario realizar una mayor difusión de esta problemática entre los profesionales. Las lesiones asociadas a la humedad no son una consecuencia inevitable de la incontinencia sino que pueden ser prevenibles y ello mejorará, entre otras cosas, la dignidad del paciente.

PALABRAS CLAVE

Úlceras por presión, dermatitis asociada a la incontinencia, control fecal, úlcera por humedad, prevención, Flexi-Seal®, incontinencia fecal, diarrea.

SUMMARY

*The lesions in the sacrum are often classified and treated as pressure ulcers (PUs). However, not all lesions in the sacral area or buttocks are PUs. Sustained contact of skin with moisture from the stool or urine produces changes in the structure and function, altering the skin barrier and causing breakage. The differentiation between pressure ulcers and skin lesions associated with the incontinence is important because preventive measures and care to be applied are different. The patient with fecal incontinence has a risk 22 times higher (*odds ratio* = 22) to present an ulcer compared to patients without fecal incontinence EVE Scale (Scale Visual Erythema) and PAT (Perineal Assessment Tool) are the two major scales for assessing the risk of such injuries. In daily practice there has traditionally been used a number of marketed products such as diapers,*

INTRODUCCIÓN

Las lesiones en el sacro son muy a menudo clasificadas y tratadas como úlceras por presión (UPP). Sin embargo, no todas las lesiones en la zona sacra o glútea son UPP. La incontinencia urinaria y/o fecal se ha asociado tradicionalmente a la aparición de UPP y han sido dos factores de riesgo incluidos en más del 95% de las escalas para valoración del riesgo de desarrollarlas.

La incontinencia fecal y/o urinaria incrementan la humedad en la piel, pero está establecido que la incontinencia fecal actúa como un mayor factor de riesgo para la lesión dérmica en mayor proporción que la incontinencia urinaria (2), tanto por la composición de las heces como por la higiene posterior que requiere.

El contacto mantenido de la piel con la humedad procedente de las heces y/o la orina genera modificaciones en la estructura y función, alterándose la barrera cutánea y ocasionando su rotura. Los pacientes con más riesgo de desarrollar dermatitis asociada a la humedad son aquellos con: edad avanzada (la epidermis de una persona de 80 años de edad tiene un 50% menos de espesor que la de una persona joven), incontinencia fecal, fricción y cizallamiento durante la movilización, deterioro cognitivo, diarrea, pobre calidad de vida (3). Supongamos el caso de dos pacientes con las mismas características clínicas y factores de riesgo: aquel paciente que presenta incontinencia fecal tiene un riesgo 22 veces superior (*odds ratio* = 22) de presentar una úlcera respecto al paciente que no presenta incontinencia fecal (4). Considere-

pads, creams, hyper-oxygenated fatty acids, dressings, fecal collectors, cleaners (wipes) and more recently available device (Flexi-Seal®-Fecal Management System) for the management of IFAD which allows efficient and cost effective treatment. It is necessary to have more awareness about this issue among professionals. The moisture-related injuries are an inevitable consequence of incontinence but may be preventable and it will improve, among other things, the patient's dignity.

KEYWORDS

Pressure ulcers, incontinence associated dermatitis, bowel control, wet ulcer, prevention, Flexi-Seal®, faecal incontinence, diarrhoea.

rando que la IFAD es común entre los pacientes hospitalizados, especialmente en cuidados críticos (5), tiene sentido conocer la etiología y realizar la diferenciación entre UPP y úlceras asociadas a la humedad. En la Figura 1 se muestra de manera esquemática la etiología y desarrollo de las lesiones asociadas a la humedad (6). El contacto de la piel con la humedad de manera directa o indirecta puede ocasionar irritación química por la orina y los jabones utilizados durante la higiene, irritación cutánea por la acción de las lipasas y proteasas fecales, maceración por exceso de humedad, dermatitis por hidratación, formación de lesiones por el aumento del coeficiente de fricción, denudación por el lavado y secado frecuente y por arrastre, colonizaciones bacterianas y fúngicas (7).

Hasta el momento no se han realizado estudios de incidencia y/o prevalencia para evaluar la magnitud del problema, aunque se consideran una prioridad en investigación en el cuidado de heridas para conocer, entre otras, las múltiples dimensiones de esta lesión cutánea (6).

¿CÓMO IDENTIFICAR LAS LESIONES ASOCIADAS A LA HUMEDAD?

Como ha apuntado Beeckman y cols., hasta el momento ha existido un debate muy limitado sobre la diferenciación entre UPP y lesiones cutáneas asociadas a la humedad o en algunos casos también denominadas úlceras por humedad (UPH), en inglés *moisture wounds* o *incontinence-associated dermatitis*. A pesar de que es una lesión a la que se le está prestando una mayor atención en la asistencia y en la investigación, y así lo demuestran también el número creciente de artículos publicados sobre el tema, la distinción correcta entre una entidad y otra es todavía baja por parte de los profesionales. Los motivos pueden ser varios, desde el hecho de la entidad en sí misma, ya que hay algunos autores que consideran que no es una lesión diferente a la dermatitis, así como la terminología utilizada de manera indistinta. Sin embargo, la

diferenciación entre UPP y UPH es importante porque las medidas preventivas y de cuidados a aplicar son diferentes (6). La persistencia de confusión entre ambos tipos de lesiones resulta probablemente en un uso deficiente de los recursos disponibles. Esto hace que quizá se estén utilizando recursos indiferentemente de si la lesión está relacionada con la humedad o la presión. En un estudio llevado a cabo en cinco ciudades europeas, sobre una muestra de 1.452 enfermeras a las que se les pidió que clasificasen, según la European Research Ulcer Advisory Panel (EPUAP), utilizando una serie de 20 fotografías el tipo de lesión del que se trataba. Se observó que la clasificación diferencial entre UPH y UPP resultó compleja (8). Uno de los errores más frecuentes es clasificar la lesión como UPP estadio II cuando realmente se trata de una UPH. Otro estudio publicado en el año 2011 también identificó un bajo acuerdo en la clasificación correcta de las lesiones localizadas en la zona perianal o glútea (9). En este mismo estudio también se planteó cómo clasificar una lesión

que se iniciaba como una lesión relacionada con la humedad, pero que progresaba a lesión que abarcaba el tejido subcutáneo. ¿Se podría considerar que cambió la etiología o la persistencia en la exposición a la humedad y la fricción llevó al desarrollo de una lesión estadio III?

Para la diferenciación de un tipo de lesión u otra también se han descrito en la literatura algunas características diferenciales propias del paciente (7): historia de la herida, efectividad de las medidas aplicadas, condición de la piel en los diferentes puntos de presión, movimientos del paciente y cambios de posición e incontinencia. En la Tabla 1 se muestran las características diferenciadoras entre UPH y UPP. En la Figura 2 se muestran dos lesiones características de cada tipología. También es importante remarcar que un número destacado de lesiones pueden ser combinadas, existiendo elementos de UPP y UPH.

VALORACIÓN DE LAS UPH

Para la valoración específica de las UPH por orina o heces se han desarrollado algunas escalas que pueden ayudar y clasificar las lesiones de este tipo, con la finalidad de poder estandarizar la evaluación y monitorizar la evolución de la lesión. La escala EVE (escala visual del eritema), presenta 5 grados que van desde el no eritema a la piel rota o abrasión. Esta escala ha demostrado una adecuada correlación frente a un colorímetro específico de fibra óptica para medir el eritema. Otra de las escalas es la PAT (*Peri-*

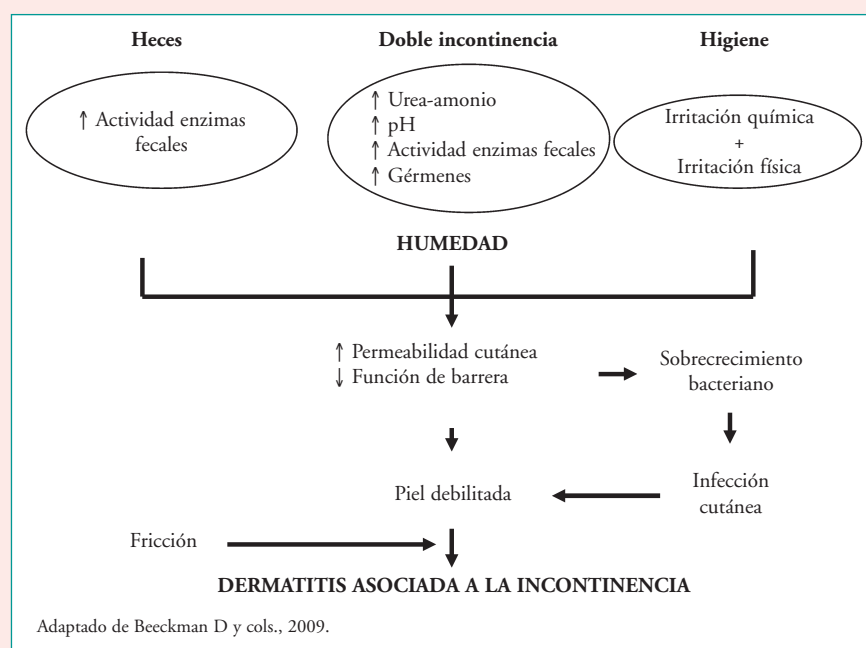


Fig. 1. Etiología y desarrollo de las UPH.



Tabla 1. Características diferenciales de la UPP frente a UPH

Tipo de úlcera	Localización	Forma	Profundidad	Necrosis	Bordes	Color
UPP	- Prominencias óseas	- Heridas circulares	- Superficiales/profundas	- Sí (posible)	- Bordes desiguales	- Diversos (dependerá del estado y fase de la cicatrización)
UPH	- Difusas, diferentes manchas superficiales - "Lesiones en beso"	- Difusas, diferentes manchas superficiales - "Lesiones en beso"	- Generalmente superficiales	- No, generalmente	- Difusas o irregulares	- Enrojecimiento no uniforme y maceración

UPP = úlcera por presión.
UPH = úlcera por humedad.



Fig. 2. Características diferenciadoras de las UPP frente a UPH. A) UPP estadio III-IV. B) UPH.

neal Assessment Tool) en la que se valoran intensidad del irritante, duración del irritante, condición de la piel perilesional, factores contribuyentes y relacionado con el tipo de incontinencia. La PAT permite clasificar los pacientes como de bajo riesgo (puntuación 7-8) o alto riesgo (puntuación < 7-8) de desarrollar una úlcera asociada a la humedad (Tabla 2).

Actualmente la EPUAP ha desarrollado un material formativo *on-line* de mucha calidad denominado PUCLAS 2 y que se encuentra disponible en internet de manera gratuita (<http://www.puclas.ugent.be/puclas/e/page54.html>).

¿CÓMO PREVENIR LAS LESIONES EN LA ZONA PERIANAL O GLÚTEA ASOCIADAS A LA HUMEDAD?

Al igual que ocurre con las UPP, las medidas utilizadas para prevenir las UPH no siempre se tienen presentes en el momento que un paciente presenta factores de riesgo para desarrollar este tipo de lesiones. El primer paso para una prevención coste-efec-

tiva pasa por identificar adecuadamente a los pacientes con riesgo de desarrollar una UPH. Para prevenir una UPP el alivio de la presión es fundamental, en cambio en el caso de una UPH la prevención pasa por mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.

En la práctica habitual se han venido utilizando de manera tradicional una serie de productos comercializados con la finalidad de absorber y contener las heces u orina (pañales, compresas, empapadores) o bien con el objetivo de crear una barrera entre la piel y la humedad (cremas, ácidos grasos hiperoxigenados, apósitos, colectores fecales), limpiadores (toallitas limpiadoras) y de manera más reciente está disponible un dispositivo (Flexi-Seal®- Sistema de Control Fecal) para el manejo

de la IFAD que permite de manera eficaz (10) y coste-efectiva (11) aislar la piel del contacto con las heces.

¿CÓMO CUIDAR LAS LESIONES EN LA ZONA PERIANAL O GLÚTEA ASOCIADAS A LA HUMEDAD?

Un buen manejo de la lesión empieza con la identificación correcta de los factores causantes, conociendo exactamente la etiología y estableciendo si la lesión presente en el paciente es de tipo isquémico (UPP) u ocasionada por la humedad (12). Esta diferenciación es clave para poder seleccionar una pauta adecuada de cuidados que conduzca a la cicatrización. Una UPH no cicatrizará si es tratada puramente mediante alivio de la presión.

Tabla 2. UPH. Escala EVE y escala PAT

5.4. Valoración de la piel expuesta a orina y heces: indicaciones y técnicas de medida.			
En la valoración de la piel expuesta a la humedad y/o irritantes químicos podemos utilizar diferentes instrumentos:			
• Escala EVE: basada en la escala internacional de la dermatitis de contacto de Quinn, que presenta 5 grados:			
- 0 = No eritema.			
- 1 = Poco eritema (casi imperceptible).			
- 2 = Eritema moderado (piel rosa).			
- 3 = Eritema intenso (piel púrpura o roja).			
- 4 = Piel rota o abrasión.			
Las pruebas realizadas por Lahti y cols. en 1993 demostraron una adecuada correlación entre la escala visual del eritema y un colorímetro específico de fibra óptica para medir el eritema (<i>Diastron Erythema Meter</i>).			
Escala PAT			
	1	2	3
Intensidad del irritante (Tipo e intensidad del mismo)	Heces formadas y/o orina	Heces blandas con o sin orina	Heces líquidas con o sin orina
Duración del irritante (Tiempo de exposición al irritante)	Precisa cambios de pañal cada 8 horas o menos	Precisa cambios de pañal al menos cada 4 horas	Precisa cambios de pañal al menos cada 2 horas
Condición de la piel perineal (Integridad de la piel)	Limpia e intacta	Eritema/ Dermatitis con o sin candidiasis	Piel denudada/ erosionada con o sin dermatitis
Factores contribuyentes (Albúmina baja, antibióticos, NPT, colonización, otros)	0 o 1 factor contribuyente	2 factores contribuyentes	3 factores o más
Adaptada de Nix DH. Validity and reability of the perineal assessments tool. <i>Ostomy Wound Management</i> 2002; 48: 43-9. Fiabilidad interobservador [r = 0,97 (95% = 0,92-0,99) p < 0,001].			

Una situación habitual y errónea es tratar la incontinencia mediante el uso de pañales y/o empapadores, sin llegar a abordar la causa de la incontinencia. El abordaje de cuidados de este tipo de heridas estará basado en los siguientes puntos que se exponen: 1) Actuar sobre la causa: será importante determinar la causa de la incontinencia y valorar conjuntamente con otros profesionales (médico, fisioterapeuta...) si puede tratarse directamente la incontinencia. En el caso de que el paciente presente una IFAD deberá valorarse también la posible descompensación hidroelectrolítica asociada al proceso. 2) Limpieza: la limpieza deberá realizarse cada vez que se identifique que el paciente presenta suciedad ocasionada por la incontinencia. Para la limpieza se utilizará agua y un jabón neutro; es importante llevar a cabo un aclarado correcto de la piel para eliminar todos los restos de jabón. En el caso de que se utilicen toallitas limpiadoras u otras sustancias es importante seguir las instrucciones del fabricante. 3) Hidratación: la hidratación de la piel es un aspecto clave. La hidratación deberá realizarse mediante el uso de sustancias emolientes. Los emolientes disminuyen la inflamación y favorecen la retención del agua en el estrato córneo, al formar una capa oleosa sobre la superficie de la piel, por ello se consideran también sustancias hidratantes. Los productos emolientes se presentan en forma de pomada, loción o sustancias oleosas. Estas sustancias deben aplicarse posteriormente al baño del paciente y después de cada cambio de pañal, contribuyendo a restaurar el equilibrio de la piel. El tratamiento en la piel dañada dependerá del grado de la lesión, disponiendo de un gran arsenal de productos en el mercado. 4) Protección: cuando hablamos de protección estamos haciendo mención al hecho de que la piel quede aislada del contacto con las heces y/o



Fig. 3. Flexi-Seal®-Sistema de Control Fecal.

orina. Esta protección se consigue mediante los denominados productos barrera (Pasta Lassar está contraindicada), mediante dispositivos como bolsas fecales que se fijan en la zona perianal u otros productos más avanzados como Flexi-Seal®- Sistema de Control Fecal (comercializado por ConvaTec) (Figura 3). Este último se trata de un dispositivo indicado para pacientes con poco o nulo control intestinal y heces líquidas o semilíquidas. El dispositivo consta de un tubo de silicona blanda de aproximadamente un metro de longitud, con un balón de baja presión en la zona distal. En el otro extremo distal el dispositivo contiene una bolsa recolectora. El tubo de silicona tiene un diámetro de 23 mm que se colapsa hasta 8 mm en el momento de la inserción. El dispositivo se introduce en la ampolla rectal con el globo desinflado y posteriormente el globo se infla con 45 mL de agua o suero fisiológico. El dispositivo dispone de un puerto adicional para realizar irrigaciones del dispositivo, con el objetivo de mantenerlo limpio y permeable. El dispositivo puede permanecer insertado en la ampolla rectal hasta un máximo de 29 días. En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU., se demostró que se trataba de un

dispositivo seguro para alojarse y permanecer en la ampolla rectal (en un grupo de pacientes incluidos en el estudio se realizó una endoscopia previa y otra posterior a la retirada del dispositivo para comprobar la integridad de la mucosa de la ampolla rectal). Respecto a la integridad de la piel perianal o glútea esta se preservó o mejoró en el 92% de los casos (10), lo que demuestra su elevada eficacia. 5) Monitorización continua del estado de la piel y del riesgo cambiante del paciente. Es necesario realizar una valoración continua del estado de la piel del paciente, aprovechando cada momento de higiene, para detectar cualquier cambio en el aspecto o estado de la piel y poder modificar las intervenciones de prevención o las enfocadas a la cicatrización. El uso de una escala de valoración del estado de la piel permitirá monitorizar la variación en su estado.

CONCLUSIONES

Se hace necesario la utilización de una definición consensuada y operativa para las UPH. Una vez disponible esta definición será más fácil comparar los estudios realizados sobre el tema, poder llevar a cabo estudios de incidencia y prevalencia y realizar *benchmarking* de los cuidados de este tipo de lesiones. La incontinencia fecal y la incontinencia doble parecen estar más fuertemente relacionadas con las UPH que únicamente la incontinencia urinaria. Es necesario realizar una mayor difusión de esta problemática entre los profesionales, dedicar tiempo a la formación específica en este tipo de lesiones con la finalidad de mejorar los cuidados para los pacientes a riesgo o que ya presenten la lesión. Las UPH no son una consecuencia inevitable de la incontinencia sino que pueden ser prevenibles y ello mejorará, entre otras cosas, la dignidad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enferm Clin* 2007; 17: 186-97.
- Shannon ML, Skorga P. Pressure ulcer prevalence in two general hospitals. *Decubitus* 1989; 2: 38-43.
- Nazarko L. Managing a common dermatological problema: incontinence dermatitis. *Br J Community Nurs* 2007; 12: 358-63.
- J Wound Ostomy Continence Nurs 2008; 35: 104-110.
- Wishin J, Gallagher TJ, McCann E. Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008; 35:104-10.
- Beekman D y cols. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2009.
- García Fernández FP, Ibars Moncusí P, Martínez Cuervo F, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J, Soldevilla Ágreda JJ, Verdú Soriano J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.º 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid 2006.
- Beekman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Gunningberg L, Heyman H, Lindholm C, Paquay L, Verdú J, Defloor T. EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. *J Adv Nurs* 2007; 60: 682-91.
- Mahoney M, Rozenboom B, Doughty D, Smith H. Issues related to accurate classification of buttocks wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011; 38: 635-42.
- Padmanabhan A, Stern M, Wishin J, Mangino M, Richey K, DeSane M; Flexi-Seal Clinical Trial Investigators Group. Clinical evaluation of a flexible fecal incontinence management system. *Am J Crit Care* 2007; 16: 384-93.
- Johnstone A. Evaluating Flexi-Seal® FMS: a faecal management system. *Wounds UK*.
- Fletcher J. Understanding the differences between moisture lesions and pressure ulcers. *Nurs Times* 2008-2009; 104: 38-9.

Flexi-Seal® es una marca de ConvaTec Inc.